

ANNEE 1969

THESE

N^o 552

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Daniel REBREGT

Né le 5 Juillet 1938

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juin 1969.

BILAN D'UNE CONSULTATION ANESTHESIOLOGIQUE

APRES DEUX ANS D'ACTIVITE

(Département d'Anesthésiologie - Centre Hospitalo Universitaire

Saint Antoine - PARIS)

Président : Mr. G. VOURC'H, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R



Daniel REBREGET

Né le 5 Juillet 1938

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juin 1969.

BILAN D'UNE CONSULTATION ANESTHESIOLOGIQUE

APRES DEUX ANS D'ACTIVITE

(Département d'Anesthésiologie - Centre Hospitalo Universitaire

Saint Antoine - PARIS)

Président : Mr. G. VOUREH, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.),
 Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.),
 Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines
 (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme
 (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal
 (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.),
 Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.),
 Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon
 (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET
 1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON
 2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel).	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (M.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LÉPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)

	MM.
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1^o MÉDECINE

Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive.	BOYER (J.)
Médecine du Travail.	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique.	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale.	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire.	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée.	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis).	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard).	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie).	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)

	MM.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
Bicêtre.	DEPARIS (M.)
Broussais.	MILLIEZ (P.)
Cochin.	PÉQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Pitié.	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine.	BOUDIN (G.)
—	CONTE (M.)
—	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin).	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHEL (G.)
— —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec).	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice.	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale.	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURO'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel	BRÉHANT (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— BAUMANN (J.)
	Cochin LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	GERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)	Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies Infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
Hygiène	{ BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.)	Pharmacologie	SCHMITT (H.)
Médecine légale	{ CECCAL P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)		

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. }	
Conservateur du Musée d'Histoire de la }	M. le Docteur HAHN (A.)
Médecine	
Conservateurs	{ M ^{me} FORGET (F.), Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), Miles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552201_0031

A Monsieur le Professeur VOURET

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur d'Anesthésiologie à la Faculté de
Médecine de Paris.

qui a bien voulu me faire l'honneur de
présider cette thèse.

Avec toute ma gratitude pour l'enseignement
qu'il m'a dispensé.

A Monsieur le Professeur Agrégé GUILMET

- qui m'a donné le sujet de ce travail,
- qui m'a permis d'apprendre l'Anesthésie
et surtout m'a révélé une pensée médicale
à laquelle je souhaite pouvoir demeurer
fidèle.
- qui m'a secouru dans les désordres d'une
certaine difficulté d'être.
- Si les mots ne sont pas vains, qu'il trouve
ici l'expression de ma sincérité, de mon
respect, de mon affection.

A Madame GUILMET

avec toute ma gratitude.

A Mademoiselle le Docteur Camille CAPELLE,

"Il est des dettes inchiffrables au
solde impossible".

A Monsieur le Professeur Agrégé DELIGNE

En remerciement pour tout ce qu'il m'a
appris.

A Monsieur le Professeur Agrégé François DUBOIS

Qui a guidé de sa compréhension bienveillante mon entrée dans le monde chirurgical.

A Monsieur le Docteur LACOURBE

Avec toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur CHALLIER

Pour un certain art d'être anesthésiste.

A mes Amis.

A Monsieur MARTIN

A ma soeur.

A mon grand-père,

A mon père,

A ma mère.

P L A N

- PREAMBULE

- INTRODUCTION

- LA REALISATION PRATIQUE :

- Les locaux, le matériel
- Les horaires
- Les médecins
- la consultation
- les bilans, la préparation pré-opératoire

- LES BUTS DE LA CONSULTATION :

(1) La prise de contact avec le malade et la prémédication psychologique

- pour le malade
- pour l'anesthésiste
- le dialogue médecin-malade
- l'aspect moral : possibilité pour le malade d'accepter l'anesthésie au même titre que l'intervention.

(2) Les bilans cliniques et paracliniques :

- dépistage des tares : - connues
 - latentes
- accidents iatrogènes antérieurs

- exploration des affections dépistées : consultation spécialisée
- correction des tares.

(3) Le choix de l'anesthésie en fonction du malade :

- Type d'anesthésie, choix des drogues
- Problèmes techniques.

(4) L'établissement de rapports avec les chirurgiens et spécialistes :

- La coordination : - le secrétariat
- la correspondance

(5) L'aspect économique et social.

- LES RESULTATS

- (1) La durée de l'expérience - le nombre de dossiers.
- (2) Présentation des résultats
- (3) La provenance des consultants et son retentissement sur les données statistiques.

- LA CRITIQUE

- Introduction

- Critique de la réalisation pratique:

- Les locaux, le matériel, le secrétariat.
- Les médecins consultants ; la pluralité hospitalière.
- Le confort des malades.
- Possibilités d'extension de la consultation :
 - horaires
 - anesthésistes délégués auprès des consultations de chirurgie.
 - visite dans les services d'hospitalisation.

- Critique des buts :

- La prise de contact avec le malade.
- La préparation à l'anesthésie.
- Les relations avec les chirurgiens et spécialistes
- Le choix des malades :
 - par le chirurgien,
 - par l'anesthésiste,
 - la consultation systématique.
- La provenance des consultants.

- CONCLUSION

P R E A M B U L E

Dans le cadre des travaux réalisés par le Département d'Anesthésiologie de l'Hôpital Saint Antoine, le Professeur Agrégé GUILMET, Chef de Service, tenant compte d'expériences faites à l'étranger et chez des confrères installés en clinique, a conçu et réalisé une consultation d'Anesthésie préalable à l'hospitalisation de tout patient chirurgical pour lequel une intervention est prévue.

Le Département d'Anesthésiologie ouvert le 1.9.1966, la consultation a été instituée le 1.2.1967 et compte actuellement deux ans d'existence.

Cette étude porte sur l'expérience de la première année, du 1.2.1967 au 31.1.1968, ce qui représente 420 consultants.

Il faut noter que pour la seconde année d'existence c'est à dire du 31.1.1968 au 31.1.1969, le nombre des consultants est demeuré sensiblement le même 487.

I N T R O D U C T I O N

Malgré une information meilleure dans les milieux spécialisés, de nos jours encore la pensée médicale en pratique quotidienne ne conçoit souvent l'acte chirurgical que selon une partition à trois voix : "patient, médecin, traitant, chirurgien".

La composante anesthésique, quand elle est évoquée ne l'est souvent qu'au moment ultime de l'assistance opératoire devant l'évidence banale et par là même négligée : il faut "endormir" puis "réveiller" et, cela va sans dire, en toute sécurité - or cette nécessité même du risque minimum est grevée de contingences qu'il n'est pas toujours possible ni surtout souhaitable d'aborder à l'instant même du transport du patient en salle d'opération. C'est donc notre propos, avant de cerner l'esprit d'une consultation d'Anesthésie, de préciser quelle ne doit pas être une répétition des examens pratiqués par le médecin traitant puis par le chirurgien. Elle tend en réalité à contribuer au bien être du malade, à réaliser au mieux une adaptation de la technique anesthésique au terrain et à l'intervention, assurant ainsi le confort maximum de l'opéré, de l'opérateur et de l'anesthésiste lui-même. Préparant le confort et la sécurité, la consultation peut en outre présenter un aspect économique et social non négligeable.

Nous tenterons, au cours de notre étude d'exposer comment elle a été conçue et réalisée pratiquement, et tenant compte de nos espoirs et des réalisations, nous nous efforcerons après l'analyse critique de définir la vocation et les modalités souhaitables de cette consultation.

LA REALISATION PRATIQUE

- Les locaux, le matériel, les horaires
- Les médecins,
- La consultation.
- Les bilans, la préparation pré-opératoire.

La Réalisation Pratique

Les locaux - Le matériel - Les horaires.

=====

- Telle qu'elle est conçue à Saint Antoine, la consultation d'Anesthésie est ouverte chaque matin de neuf heures à treize heures, du lundi au samedi inclus, dans les locaux du Département d'Anesthésie situés à l'Extrémité gauche de l'aile Nord du sixième étage du bâtiment axial.
- Quatre pièces y sont consacrées :
 - 1 - Salle d'attente avec fauteuils et revues.
 - 2 - Bureau réservé à l'entretien du malade avec le médecin.
 - 3 - Salle d'examen comportant l'appareillage nécessaire.
 - 4 - Secrétariat.

Ces différentes pièces communiquent entre elles facilement (schéma).

- Le matériel médical dont dispose la consultation à l'intérieur de ces locaux comprend :
 - 1 - Le matériel pour examens courants :
 - stéthoscope
 - appareil à tension
 - marteau réflexes
 - table d'examen,
 - balances etc...
 - 2 - Le matériel pour examens plus spécialisés :
 - électro-cardiographie

- spirographe

qui permettent une approche immédiate de l'éventuelle déficience cardiaque ou pulmonaire suspectée au cours de l'examen clinique. Ils permettent, de ce fait, d'évaluer d'emblée la nécessité ou non d'un recours à un spécialiste plus compétent.

Les Médecins :

=====

La consultation est assurée en priorité par le Chef de Service et le Professeur Agrégé surtout dans le cas où le malade est porteur d'une lettre personnelle, en second lieu par les médecins plein-temps et éventuellement par l'interne de Service.

- Le patient adressé au Département par le médecin-spécialiste ou chirurgien - est reçu par la Secrétaire toujours présente. Elle l'introduit dans la salle d'attente et prévient, par téléphone, l'anesthésiste chargé de la consultation. La durée de l'attente pour le malade se trouve ainsi réduite au minimum et le fonctionnement de la consultation n'entrave en aucune manière l'activité de l'équipe anesthésique et chirurgicale.

La consultation :

=====

- Dès son arrivée, l'anesthésiste prend contact avec son malade, recherche les antécédents médicaux, chirurgicaux, iatrogènes, procède à l'examen clinique : recherche de signes fonctionnels, physiques et généraux. Il répond aux questions du malade toujours inquiet devant l'inconnue que présente une intervention chirurgicale doublée d'une anesthésie et lui donne les explications propres à le rassurer.
- La consultation terminée, un dossier est établi au nom de l'intéressé, sous forme de fiche de consultation demeurant au Département (schéma). Deux lettres sont remises au patient :
 - l'une pour le médecin qui a envoyé le malade, où sont notées les conclusions de l'examen et leur incidence anesthésique éventuelle.
 - l'autre pour l'anesthésiste chargé d'endormir.

Les bilans - La préparation pré-opératoire :

=====

- L'anesthésiste demande le bilan paraclinique qui lui semble opportun, bilan qui sera pratiqué le plus souvent avant l'hospitalisation :
 - Bilan standard : (N.F.S., groupe sanguin, urée, glycémie, radiographie des poumons).
 - Electrocardiogramme , si celui-ci n'est pas fait au cours de la consultation.
 - Etude de l'hémostase
 - Recherche d'agglutinines irrégulières
 - Explorations plus spécialisées en cas de nécessité ; épreuve fonctionnelle respiratoire. Gaz du sang.
- Devant des perturbations plus graves, le patient est envoyé, porteur d'une lettre, en consultation spécialisée. Le spécialiste donne son avis sur le traitement à instituer et éventuellement l'opportunité de surseoir à l'intervention ou de la récuser.
- Enfin l'anesthésiste peut être amené à rédiger une ordonnance dans les cas où apparaît l'utilité de corriger une tare ou de l'équilibrer préventivement à l'intervention.
 - Rééquilibration d'un diabète mal suivi,
 - Relance des surrénales après un traitement corticoïdes au long cours,
 - Arrêt d'un traitement par :
 - les inhibiteurs des mono-amino-oxydases, 3 semaines avant l'intervention,
 - les réserpiniques,
 - remplacés au besoin par des médicaments moins incompatibles avec les produits anesthésiques.
 - Arrêt ou poursuite d'un traitement anti-coagulant, voir diminution des doses selon le type et le degré de l'affection en cours et la nature de l'intervention projetée.

- Traitement préalable d'une insuffisance cardiaque qui bénéficiera de l'institution d'un régime sans sel et de la prescription de diurétiques et parfois de médicaments à portée plus directement cardiaque tels DIGITALINE et CEDILANIDE dans tous les cas où se présente une tachyarythmie relevant de ce traitement.

- Assèchement d'une poussée bronchitique et rééquilibration d'une grande insuffisance respiratoire par ;
 - antibiothérapie adaptée,
 - Séances de Bird pré-opératoire et gymnastique respiratoire, éléments importants chez le grand emphysémateux qui saura ainsi dans la période post-opératoire, augmenter de lui-même l'amplitude de ses mouvements respiratoires, tousser malgré sa rigidité thoracique. Il évitera peut-être ainsi l'encombrement bronchique, si fréquent chez ces malades non préparés, et qui entache non seulement le succès de l'intervention mais aussi le pronostic vital du sujet.

FICHE ETABLIE LORS DE LA CONSULTATIONADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARISHôpital :

date :

Service demandeur :Intervention prévue :

NOM, Prénoms :

Profession :

Domicile :

Observations :Examen clinique :

- Age : Poids : Taille :
- Etat général :
- Appareil cardio-vasculaire :
- Appareil pulmonaire :
- Appareil urinaire :
- Système nerveux :
- Membres inférieurs :
- Membres supérieurs (veines) :
- Région céphalo-cervicale :
 - cou : - goitre
 - extension tête
 - tête :- dents
 - bouche :
 - yeux (glaucome)
- allergies :

Remarques particulières :

Bilan demandé :

Consultation spécialisée :

service :

Descriptions :

Décision opératoire :

- prise sans délai
- retardée
- refusée
- discutée

Type d'anesthésie prévue :

PLAN DES LOCAUX DE CONSULTATION

Bureau du
Chef de service

Salle d'examen

Secrétariat

Bureau du
Chef de Clinique

Salle d'attente

Bureau du

Professeur DELIGNE

Bibliothèque

Salle de conférence

Laboratoire

LES BUTS DE LA CONSULTATION

- (1) Prise de contact avec le malade et prémédication psychologique.
- (2) Bilans clinique et para-clinique du malade:
 - dépistage des tares
 - exploration des affections dépistées
 - correction des tares
- (3) Choix de l'anesthésie en fonction du malade.
- (4) Etablissement de rapports avec les chirurgiens et les spécialistes.
- (5) Aspect économique et social.

Les buts de la consultation

Ainsi conçue la consultation peut espérer être une prise de contact favorable avec le malade ; elle permet de faire le bilan du terrain, d'y adapter l'anesthésie ; cependant elle pose le problème des relations avec les chirurgiens et les divers spécialistes chirurgicaux.

(1) La prise de contact avec le malade et la prémédication psychologique :

Pour le patient, la consultation est une prise de contact avec l'anesthésiste, c'est à dire indirectement avec l'anesthésie, et ce, au cabinet médical et non au chevet d'un lit d'hôpital dans l'attitude psychologique très partielle du malade qui "attend" son intervention et reçoit la visite d'un médecin anesthésiste jusqu'alors inconnu de lui.

Pour l'anesthésiste, la consultation est la possibilité d'un abord psychologique du patient que l'hospitalisation n'a pas encore désocialisé. Même si la consultation ne devait apporter à la relation médecin-malade qu'une forme clinique supplémentaire, anesthésiste-malade, elle aurait sa raison d'être tant est importante la prémédication psychologique.

Le dialogue médecin-malade.

- L'anesthésiste profite de ce dialogue que peut aussi être une consultation pour prendre le temps d'expliquer et de rassurer.

- Expliquer la nécessité de rester à jeun, d'éviter de fumer ; donner la raison d'être et l'effet de cette première piqure quelque temps avant l'intervention ; avertir aussi du mode d'endormissement : le masque ou l'injection intra-veineuse.

- "Patient calme", sans angoisse, patient déjà endormi". Tous les anesthésistes souhaitent donner un sens à ces termes. Tous ont cependant l'expérience de ces malades, pourtant prémédiqués pharmacologiquement, qui, alors qu'on les installe en salle d'opération, s'enquièrent - on pourrait écrire s'inquiètent - du mode d'anesthésie : (masque ou pique); de ceux qui hantés par ce qui leur a été conté, supplient que l'éther ne leur soit pas administré.

L'aspect moral de la consultation : possibilité pour le patient d'accepter l'anesthésie au même titre que l'intervention.

Il n'est pas logique que le sujet amené à accepter l'intervention après l'analyse et la décision proposée par le chirurgien se voit de ce fait implicitement condamné à l'anesthésie. La consultation est pour lui une possibilité d'accepter aussi l'anesthésie et peut être même l'anesthésiste. Ensemble de nuances, qui tant à la période pré que post-opératoire, peut contribuer à créer un climat favorable dont le patient doit bénéficier.

(2) Les bilans clinique et para-clinique du malade :

Outre l'abord psychologique, la consultation permet le bilan clinique et para-clinique en fonction du terrain. L'affection dépistée sera corrigée, éventuellement par un spécialiste et, dans la mesure du possible, avant toute hospitalisation.

Dépistage de tares, d'accidents iatrogènes antérieurs :

L'examen orienté selon l'optique spécialisés de l'Anesthésiste pourra mettre en évidence certaines affections que l'optique médicale courante n'avait pas obligatoirement relevées.

Cet examen s'orientera plus spécialement vers :

- 1 - La recherche de tares à retentissement directement anesthésique :
 - insuffisance respiratoire
 - insuffisance cardiaque, troubles du rythme, insuffisance coronaire,
 - myasthénie

2 - L'étude des conformations anatomiques particulières :

- cypho-scoliose
- arthrose cervicale
- prognathisme
- limitation de l'ouverture de la bouche
- état dentaire
- possibilités d'abord veineux.

3 - Recherche d'affections endocriniennes et métaboliques qui devront être connues et corrigées avant toute Anesthésie :

- insuffisance surrénale
- hypo ou hyperthyroïdie
- déficit pancréatique : diabète
- insuffisance hypophysaire
- insuffisance hépatique.

4 - Mise en évidence du risque iatrogène :

- traitement de l'hypertension artérielle : réserpiniques
- traitement par les I.M.A.O.
- corticothérapie
- intolérance et allergie médicamenteuse
- traitement anti-coagulant en cours.

5 - Recherche de troubles de l'hémostase, de transfusions antérieures, d'hémopathies.

Exploration et correction des affections dépistées :

Au terme de l'examen précédent, plusieurs possibilités se présentent :

- cas de l'opéré sans aucune affection médicale :
 - les examens courants sont demandés ; une lettre est remise au patient pour le médecin qui l'a envoyé ; une deuxième lettre lui est également remise adressée à l'Anesthésiste chargé de l'endormir.
- Cas de l'opéré présentant une affection dont le type et le degré relèvent d'une consultation de spécialiste :

- une lettre est rédigée à l'adresse du spécialiste mentionnant l'intervention prévue, l'affection dépistée. Elle demande un avis concernant la nécessité et les modalités d'une correction préalable de la tare, la compatibilité éventuelle avec l'acte chirurgical.
- Dans certains cas enfin, devant la gravité de l'affection, une hospitalisation préalable dans le service est décidée pour tentative d'équilibration pré-opératoire.
- Dans les cas mineurs, et lorsque le malade n'a pas de médecin traitant, une ordonnance lui est délivrée.

(3) Le choix de l'Anesthésie en fonction du malade :

Détermination du terrain, correction d'affections dépistées, préparation d'une coopération patient-Anesthésiste, la consultation doit permettre de prévoir et choisir le mode d'Anesthésie.

Exemple :

La découverte d'une grande insuffisance respiratoire, devant laquelle une Anesthésie générale n'est pas souhaitable, peut amener à pratiquer une Anesthésie rachidienne. On doit la prévoir tant pour le matériel à stériliser, que pour l'intégrer dans le tableau opératoire.

Une intervention limitée au niveau d'un membre peut bénéficier d'une Anesthésie loco-régionale, dans tous les cas où il n'existe pas d'intolérance aux anesthésiques locaux. L'accord du chirurgien est à rechercher en temps voulu.

L'anesthésiste pourra aussi dépister une déviation trachéale, une intervention antérieure sur le carrefour pharyngo-laryngé. Dans ce cas une enquête oto-rhino-laryngologique plus approfondie s'impose. Les résultats indiqueront s'il est nécessaire de prévoir soit une intubation préalable sous anesthésie locale, soit une trachéotomie.

Autorisant des bilans, la consultation doit s'orienter sur l'état des parenchymes (foie - rein) ; elle permet un choix plus judicieux dans l'utilisation des drogues.

Exemple :

- chez le grand insuffisant hépatique seront évitées les drogues détoxifiées par le foie.
- Devant une insuffisance rénale grave, il sera préférable d'utiliser les leptocurares.

(4) L'établissement de rapports avec les chirurgiens et les spécialistes :

D'un intérêt certain pour le patient et pour l'Anesthésiste, la consultation peut fournir des éléments à l'indication chirurgicale sans prétendre pour autant de substituer à celle des chirurgiens ou des différents spécialistes. La consultation n'est pas une redite de celle des praticiens et le chef du Département a tenu, dans une lettre adressée aux chefs de Services et consultations, à définir et préciser l'esprit de sa réalisation :

"..... dans notre esprit cette réalisation est destinée à s'articuler avec la vôtre. C'est dans la mesure où votre examen vous orientera vers une tare susceptible de retentir sur l'Anesthésie ou sur un état dont l'amélioration peut être de notre ressort, que nous souhaitons que vous nous adressiez ces malades. Il est bien certain que ces habitudes nouvelles ne peuvent s'implanter d'emblée, mais nous souhaitons beaucoup qu'un effort soit fait dans ce sens puisque nous avons la chance de travailler avec les chirurgiens dans un esprit qui est en vérité le seul valable..."

Dans la mesure où la consultation est admise pour les praticiens, le problème n'est plus que celui d'un échange de lettres dont nous cherchons à codifier et limiter le nombre : lettre du médecin ou chirurgien à l'Anesthésiste, lettre de ce dernier au spécialiste éventuellement consulté ; la réponse de celui-ci est transmise au médecin ou chirurgien du patient et, dans le cadre hospitalier à l'anesthésiste chargé d'endormir le malade.

Exemple :

Un malade doit subir une intervention abdominale, type anastomose porto-cave. Il est adressé à la consultation d'Anesthésie par le chirurgien ; l'Anesthésiste découvre une insuffisance respiratoire. Devant la gravité de l'intervention prévue et l'importance du déficit respiratoire, le malade est envoyé en

consultation de pneumo-phthisiologie pour subir des épreuves fonctionnelles. Les résultats obtenus permettent d'envisager l'intervention mais avec réserves pour la période post-opératoire. L'Anesthésiste faisant le bilan entre l'intervention proposée et le risque respiratoire, avertit le chirurgien, propose alors un délai pré-opératoire pour tenter, à la faveur d'une rééducation préalable, d'améliorer le déficit ; il peut aussi discuter la voie d'abord, suggérant une incision médiane de préférence à l'incision de Rio Branco. Le malade devrait de cette manière subir l'intervention dans les meilleures conditions et avec des chances optima de succès.

(5) L'aspect économique et social :

Conçue comme nous avons tenté de le définir, dépistant une tare, l'évaluant, cherchant à corriger, tant par la pratique de bilans que la prescription d'une Réanimation pré-opératoire en AMBULATOIRE, la consultation d'Anesthésie présente un aspect économique et social non négligeable, car elle permet de réduire les délais d'hospitalisation.

Il n'est pas rare en effet, dans la pratique hospitalière, que le malade entrant pour se faire opérer en dehors de l'urgence, séjourne plusieurs jours en salle, attendant le plus souvent, outre des examens spécialisés dont les délais de rendez-vous sont relativement longs, des examens de pratique médicale beaucoup plus courante.

Au contraire, le patient, vu en consultation d'Anesthésie, peut subir les examens pré-opératoires avant son hospitalisation et n'entrer que la veille de son intervention. Cette pratique présente un intérêt triple :

- personnel : pour le malade qui voit réduit son séjour à l'Hôpital
- économique : si l'on tient compte du coût du prix de journée (180 francs en milieu chirurgical)
- social : si l'on se rappelle l'insuffisance de personnel et du nombre de lits disponibles.

LES RÉSULTATS

I - La durée de l'expérience
Le nombre des dossiers.

II - Présentation des résultats.

III - Provenance des consultants.

Les Résultats

I - La durée de l'expérience - Le nombre des dossiers :

Pour une période de 12 mois et 420 consultants, les dossiers ont été étudiés et les résultats classés en tenant compte des affections présentées par les malades, de leurs incidences opératoires, de l'attitude adoptée.

II - Présentation des résultats :

Sur 420 consultants, 127 sont atteints d'affections :

- 56 malades sont atteints d'affections cardio-vasculaires
- 32 retiennent l'attention sur le plan pulmonaire et ORL.
- 7 malades sont atteints de maladies thrombo-emboliques et de troubles de la crase sanguine.
- 4 malades présentent des affections hématologiques
- 12 malades sont des éthyliques notoires
- 6 malades ont une conformation cervico-thoracique particulière
- 45 malades sont des obèses
- 26 malades souffrent de troubles neuro-psychiatriques.

Affections Cardio-vasculaires

- Sur 420 consultants, 56 sont porteurs d'affections cardio-vasculaires, isolées ou associées à d'autres troubles :

- Sur ces 56 malades :

- 33 sont des hypertendus
- 5 présentent des troubles coronariens
- 8 présentent des troubles du rythme
- 7 ont dans leurs antécédents un rhumatisme articulaire aigu
- 2 sont des insuffisants cardiaques
- 1 présente une dextrocardie.

Hypertension artérielle = 33 malades	:
--------------------------------------	---

- Tous nos malades retenus présentent une hypertension artérielle sévère avec chiffres maxima supérieurs à 15 mm Hg, le plus souvent aux environs de 20 mm Hg et même plus et chiffres minima supérieurs à 10 mm Hg.

- Parmi ces 33 malades :

- 15 ont une hypertension artérielle isolée
- 18 une hypertension associée à d'autres troubles.

- Pour 4 de ces malades : l'intervention a été refusée :

- 1 fois parce que la lésion chirurgicale en cause ne conditionnait pas la vie du malade.

Il s'agissait d'une femme de 72 ans, présentant une hypertension artérielle sévère à 21. - 11 sans traitement, mal supportée, atteinte d'une coxarthrose.

- 1 fois parce que l'intervention chirurgicale prévue (hygroma du coude) pouvait être réalisée sous anesthésie locale chez un homme de 53 ans présentant une hypertension grave associée à un éthylisme sévère (logorrhée, tremblements, hépatomégalie).
- 1 fois bien que l'hypertension soit bien supportée, en raison de l'existence d'embolies pulmonaires répétées dans les antécédents. Ce patient subit une intervention pour orteils en marteau sous anesthésie locale.
- 1 fois chez un homme de 59 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche obèse, cirrhotique avec hypertension portale et azotémie élevée.

- Pour 3 malades : la décision opératoire fut prise malgré un risque certain en accord avec le chirurgien :

- 1 fois pour prothèse totale de hanche, chez une femme de 72 ans présentant une hypertension traitée à 27 - 10 mm Hg, mal tolérée associée à une anémie de Biermer.
- 1 fois pour fracture du col du fémur, après réalisation d'un bilan cardio pulmonaire complet, chez une femme de 82 ans, souffrant d'hypertension très sévère à 27 - 13 mm Hg sous traitement avec insuffisance cardiaque et emphysème.
- 1 fois du fait que la lésion chirurgicale : cancer du rectum, mettait en jeu la vie du malade. Il s'agissait d'un homme de 84 ans, obèse présentant une hypertension assez sévère associée à un asthme.

- Pour 2 malades la date de l'intervention fut remise à 3 semaines. Dans les 2 cas il s'agissait de patients sous traitement résorpinique.

- 1 malade fut envoyé en consultation de cardiologie du fait de l'association d'une hypertension sévère avec des signes d'insuffisance cardiaque : tachyarythmie, dyspnée d'effort, oedèmes des membres inférieurs, jamais exploré auparavant.
- 1 malade fut hospitalisé une semaine avant la date de l'intervention prévue pour institution d'une antibiothérapie chez cet hypertendu éthylique, porteur d'une broncho-pneumonie.

Troubles coronariens :

- Ce groupe comprend 5 malades sur les 56 malades atteints de troubles cardiovasculaires.
- Dans les 5 cas il s'agit d'infarctus du myocarde anciens, survenus 3 ans auparavant.
- 4 sont sous anti-coagulants :
 - Parmi eux 3 sont hospitalisés 48 heures avant l'intervention pour sevrage.
 - 1 malade est envoyé en consultation de cardiologie en raison de l'existence d'un flutter auriculaire.
- 1 malade voit son intervention retardée de 3 semaines pour arrêt d'un traitement par les I.M.A.O.

Rhumatisme articulaire aigu

- 7 cas de rhumatisme articulaire aigu ont été découverts dans les antécédents des 56 malades cardio-vasculaires.

Parmi ces 7 malades, 1 seul est porteur de rétrécissement mitral. Il s'agit d'une femme de 45 ans, obèse dans l'état cardiaque est compatible avec

l'intervention prévue : ablation de végétations anales sous anesthésie générale ; mais la date de l'opération a été retardée de 3 semaines en raison d'un traitement par I M A O pour troubles psychiatriques associés.

- Les 7 malades ont été vus en consultation de cardiologie.
- Aucun n'a été refusé.

Troubles du rythme :

- 8 malades sont atteints de troubles du rythme parmi les 56 malades cardiovasculaires.
- Sur 8 troubles du rythme on compte :
 - 2 tachyarythmies
 - 1 arythmie
 - 1 bloc auriculo-ventriculaire
 - 1 flutter auriculaire avec angor
 - 1 tachycardie paroxystique
 - 1 pouls lent mais chez un malade jeune dont l'E C G est normal.
 - 1 malade présentant des extra-systoles.
- Sur les 8 malades :
 - 1 seul est adressé en consultation de cardiologie. Il s'agit d'une femme de 61 ans, opérée pour prolapsus avec incontinence urinaire, porteuse d'une tachy-arythmie avec hypertension et insuffisance cardiaque.
 - 2 entreront 48 heures avant la date de l'intervention pour bilan cardio-vasculaire.
 - Aucun n'a été refusé.

Insuffisance cardiaque

Sur 56 malades cardio-vasculaires, 2 insuffisances cardiaques seulement ont été retenues. Il s'agit :

- d'une malade de 72 ans, adressée pour fracture du col du fémur déjà citée dans les hypertendus.
- d'une malade atteinte de tachyarythmie associée, déjà citée dans les troubles du rythme.

Divers :

Une dextrocardie a été trouvée chez une jeune femme de 31 ans adressée pour coelioscopie et envoyée en consultation de cardiologie. Il n'y a pas eu de contre-indication opératoire.

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES = 56 Malades

	Hypertension	Troubles Coronariens	Troubles du rythme	R.A.A.	Insuffisance cardiaque	Divers
Nombre de malade	33	5	8	7	2	I dextrocardie
E C G	33	5	8	7	2	1
Récusés	4					
Remis	2 (Résérpine)	1 (I M A O)		1 IMAO		
Consultation de cardiologie	1	1	1	7		1
Anticoagulants		4				
Admis 58 h plus tot	1	3	2			

Affections pulmonaires et O.R.L.

- Sur 420 consultants, 32 retiennent l'attention sur le plan O.R.L. et pulmonaire.
- Ces 32 observations comprennent :
 - 13 asthmatiques
 - 16 bronchitiques chroniques
 - 3 malades présentent des Episodes aigus.
- Sur ces 32 malades :
 - 1 malade est récuse
 - 3 interventions ont été repoussées à une date ultérieure en raison d'épisodes aigus : rhinites, angines, rhino-pharyngites.
 - 12 malades se voient prescrire :
 - des bilans ou des examens complémentaires :
 - radiographies
 - E C G
 - Spirographie
 - 6 malades ont bénéficié d'une réanimation pré-opératoire :
 - gymnastique respiratoire
 - séance de Bird
 - aérosols divers
 - antibiothérapie
 - Caréna, corticoïdes,

Asthmatiques :

Soit 13 malades : (tableau)

- Asthme mineur : 4 malades pour lesquels aucune sanction particulière ne fut prise en pré-opératoire.
- Asthme sévère : nécessitant la prise de corticoïdes : 9 malades. Parmi ces 9 malades, 4 ont été envoyés en consultation de pneumophysiologie pour épreuves fonctionnelles respiratoires et ont bénéficié d'une réanimation pré-opératoire qui fut pratiquée en ambulatoire :
 - ordonnance de supp caréna ; inophylline sédatrice : corticoïdes
 - aérosols
 - séances de Bird pré-opératoire associées à la gymnastique respiratoire

Après traitement tous ont pu être opérés, aucun n'a été refusé.

Bronchitiques chroniques et emphysémateux sévères

Soit 16 malades.

Sur ces 16 malades :

- 6 n'ont subi que des examens pulmonaires standard :
 - radiographie des poumons
 - spirométrie à la consultation d'Anesthésie,
 et ont été opérés sans précautions particulières.
- 6 malades ont subi un bilan pulmonaire complet :
 - radiographie des poumons
 - gaz du sang
 - explorations fonctionnelles respiratoires.

Parmi eux :

- 5 ont bénéficié d'une réanimation pré-opératoire réalisée dans 4 cas avant toute hospitalisation :
 - rééducation respiratoire
 - antibiothérapie
 - aérosols
- 1 aurait été récusé en raison de l'importance de ses troubles fonctionnels et de la perturbation de ses épreuves respiratoires, s'il n'était sorti auparavant sur sa demande. Il s'agissait d'un malade de 66 ans, obèse, présentant en plus de son insuffisance respiratoire, une insuffisance cardiaque.

Episodes aigus

= 3 malades.

Il s'agit dans les 3 cas d'affections de la sphère rhino-pharyngée qui ont reçu une ordonnance et dont l'intervention a été repoussée à une date ultérieure.

- 2 malades atteints de rhino-pharyngites
- 1 malade atteint d'angine pultacée.

	AFFECTIONS ASSOCIEES	CONSULT. PNEUMO. PHTYS.	ORDONNANCE	REANIMATION PRE-OP.	DECISION OPERATOIRE	INTERVENTION
Asthme mineur (4 Cas					Oui	Biopsie sein Hystérectomie K ovaire Adénome sein
	Ethyl ++ Fumeur ++	Ep. Fonct. resp.	Caréna Inophylline	Bird Gymm. resp.	Oui après trait.	Hernie crurale hémorroïdes
		Ep fonct. resp.	Corticoïdes	Bird Gymm. Aérosols	Oui après trait.	Masse pelvienn
	H.T.A.		Caréna Inophylline		Oui	amputation rectum
Asthme (9 Cas		Ep. Fonct. resp.	Corticoïdes Caréna	Bird	Oui sous corticoïdes	Lithiase vésiculaire
			Corticoïdes poursuite		Oui	Coelioscopie
	I. resp. ++ Obésité ++	Ep. fonct. resp.		Bird Aérosols	Oui mais +++ risque	H I G Volumineuse
			Corticoïdes Poursuite		Oui	Curetage biopsique
			Hospita. p/ crise aigue		Oui sous corticoïdes	"
			Caréna			"

Maladies thrombo-emboliques

Troubles de la crase sanguine

Sur 420 consultants, 7 malades ont été retenus dont :

- 3 pour antécédents de phlébites et d'embolies pulmonaires
dont 1 seul sera récusé.

Il s'agit d'un homme de 67 ans adressé pour orteils en marteau et ayant présenté des phlébites à répétition et 3 accidents d'embolie pulmonaire, sous anti-coagulants, traité en outre pour hypothyroïdie. L'intervention sera pratiquée sous anesthésie locale.

- 1 pour antécédent de thrombose cérébrale

Malade de 64 ans, obèse, adressé pour arthrodèse, actuellement sous anticoagulants. Pour lui, la décision opératoire ne sera prise qu'après le résultat du bilan cardio-vasculaire et l'exploration de la coagulation.

- 2 malades pour troubles de l'hémostase

Pour eux, il est demandé une étude complète de la crase sanguine.

* 7 MALADES

ACCIDENTS	TROUBLES ASSOCIES	BILANS COMPLEMENTAIRES	THERAPEUTIQUES INSTITUTEES	DECISION OPERATOIRE	INTERVENTIONS PREVUES
Thrombose cérébrale	0	E.C.G. Explo.coagulation	0	Oui après résultat du bilan.	Arthrodèse
Phlébites à répétition	0	E.C.G. Rx poumons Expl. coagulation	0	Oui	Hystérectomie
Fragilité capillaire	0	Expl. complète Hémostase et coagulation	0	Oui	Curetage
Phlébites + Embolies pulmo.	Tuberculose Pulmonaire	ECC Rx poumons Bilan coagulation	0	Oui car intervent.mineure	Curetage biopsi
Epistaxis répétés	0	Expl. Hémostase et coagulation	0	Oui	Amputation
Phlébites + Embolie pulmo.	Hypothyroïdie H.T.A.	ECC Rx poumons Expl. coagulation Mét. base	Poursuite Traitement anticoagulant	Non Anesthésie locale	Orteils en marteau
Thrombose des M. I.	3 arrêts card. Brulures tête et cou	ECC Rx poumons Expl; coagulation	0	0 Non hospitalisée	Plastie du cou

Affections hématologiques

- Sur 420 consultants, 4 malades sont atteints d'affections hématologiques.
- Sur ces 4 malades, il est noté :
 - Une anémie de Biermer, chez une femme en mauvais état général, affligée d'une hypertension artérielle pour laquelle il est prévu une prothèse totale de hanche.
 - Une leucémie myéloïde déjà connue et traitée par MISULBAN, chez un homme de 54 ans qui doit subir une intervention pour maladie de Dupuytren.
 - Une affection sanguine indéterminée se manifestant par une leucopénie associée à une insuffisance respiratoire et une arthrose cervicale. Pour elle la décision opératoire est prise malgré tout étant donné le type de l'intervention, mineure, pose de stérilet.
 - Une anémie hémolytique avec déglobulisation aiguë en rapport avec une drépanocytose de caractère homozygote, et présence d'hémoglobine S. à l'électrophorèse. Ceci chez un jeune malade entré pour syndrome abdominal aigu, pour lequel est demandé une consultation en hématologie pour complément d'exploration avant de prendre la décision opératoire pour artériographie.

AFFECTIONS HEMATOLOGIQUES = 4 MALADES

AFFECTIONS	TROUBLES ASSOCIES	BILANS COMPLEMENTAIRES	THERAPEUTIQUE INSTITUTEE CONSULTATION	DECISION OPERATOIRE	INTERVENTIONS
Drepanocytose	0	Explo. crase sanguine	Consultation hématologie	remise après résultat du bilan	Artériographie
Leucémie Myéloïde	0		Poursuite Misulban	Oui	Maladie de Dupuytren
Indéterminée Leucopénie	Insuff. resp. + Blocage cervic.	NFS Moelle		Oui car intervention mineure	Pose stérilet
Anémie de Biermer	HTA +++ mauvais E.G.		Consultation Hématologie	Oui en accord avec le chirurgien	Prothèse tête de hanche

E t h y l i s m e

Sur 420 consultants, 12 malades sont retenus pour éthylysme notoire.

Sur ces 12 malades :

- 4 malades présentent un éthylysme isolé :

Aucune précaution particulière n'a été prise pour eux en pré-opératoire.

- 3 malades présentant des troubles neuro-psychiques associés
tremblements, logorrhée, cauchemards,
reçoivent une ordonnance.

Pour 2 d'entre eux une anesthésie locale est prévue étant donné qu'il s'agit d'une amputation d'un doigt et de l'exérèse d'un hygroma du coude.

- 1 malade porteur d'une cirrhose, adressé pour prothèse de Moore, a été envoyé en consultation dans le service du Professeur CAROLI. Il n'y a pas eu de contre-indication opératoire.

- 4 malades ont un éthylysme sévère associé à des perturbations cardio-pulmonaires. Parmi eux :

- 1 est refusé : malade de 59 ans, obèse, présentant une ascite, une hypertension artérielle sévère (23-13), une azotémie élevée, pour qui était prévue la cure d'une hernie inguinale.

- 2 reçoivent une ordonnance.

- 1 bénéficiera d'une rééducation respiratoire étant donné l'existence d'une insuffisance respiratoire associée.

	Synd. neuro. psychia.	HTP	Complicat. C.V.	Insuf. res.	Obésité	Consultat. Ordonnance	A. Locale	Résumé	Interventions
Ethyl isolé	4	M A L A D E S							Coxarthrose Amp ortells Ménisque Dupuytren
Ethyl compliqué	+					Ordonnance	+		Amp. doigt
4 CAS	+					Ordonnance	+		Hygroma du coude
	+					Ordonnance			Amp. doigt
		+				Consultation SV Caroli			Prothèse de Moore
		+	+		+			+	H I G
Affections		+		+	+	Bird			Tumeur Abdomen
Associées				+		Ordonnance			Kyste ovaire
4 CAS		+	+			Ordonnance			?

Conformations cervico-thoraciques particulières

Sur 420 consultants, 6 malades sont retenus pour malformations cervico-thoraciques :

Aucun n'a été récusé

1 malade a refusé l'intervention.

Il s'agit :

- 3 cypoho-scolioses,
- 2 arthroses cervicales
- 1 malade présentant des cicatrices rétractiles de la tête et du cou après brûlures étendues par huile de paraffine.

Malade de 57 ans pour laquelle deux tentatives de plastie du cou ont été effectuées en province. En raison de l'existence des brides rétractiles rendant impossible toute hyperextension de la tête, l'intubation s'est avérée impossible et la ventilation très difficile. Cette malade a fait 3 arrêts cardiaques au cours des tentatives d'intubation. Elle présentait en outre des antécédents de thrombose des membres inférieurs.

Devant la crainte d'accidents, cette malade a refusé d'elle-même l'intervention et l'hospitalisation.

O b é s i t é

- Sur 420 convultants, 45 obèses ont été notés.
- L'obésité est la tare la plus fréquemment rencontrée au cours de cette expérience.
- Nous avons pris comme référence un excès pondéral égal ou supérieur à 10 kg.
Il s'agit donc de malades présentant une obésité franche.
- Aucun de ces malades n'a été récusé ou remis.
- Sur 45 obèses :
 - 1 très mauvais risque opératoire, chez une femme de 49 ans devant subir une hystérectomie totale pour fibrome, pesant 90 kgs pour 1 m 60, souffrant de dyspnée d'effort et même de repos, pour laquelle la décision opératoire sera prise après bilan complet en particulier cardiaque ou pulmonaire.
 - 1 grand problème ventilatoire, chez une malade de 72 ans, énorme devant subir une cure de prolapsus génital avec incontinence d'urines. Devant la nature de l'infirmité, insupportable pour la malade, la décision opératoire a été prise.

Troubles neurologiques et psychiques

Ce groupe comporte 26 malades sur 420 consultants :

- 8 malades atteints de troubles neurologiques,
- 18 malades atteints de troubles psychiatriques.

Troubles neurologiques

= 8 malades

- 2 spasmophilies sous traitement
- 2 épilepsies sous traitement
- 1 poliomyélite avec séquelles importantes au niveau des deux membres inférieurs.
- 2 hémiplésies associées à une hypertension artérielle,
- 1 sclérose en plaque sous traitement corticoïdes, adressée en consultation de neurologie qui autorise l'intervention.

Troubles psychiques

= 18 malades

- 6 anxiétés :
 - 3 sous traitement qui sera poursuivi
 - 3 reçoivent une ordonnance à base de tranquillisants.

- 11 syndromes dépressifs :

- 3 ont déjà arrêté tout traitement
- 8 sont sous neuroleptiques.
- Un syndrome neuro-psychiatrique sous IMAO (sursum) pour qui l'intervention sera reportée trois semaines plus tard.

		Sous Trai- tement	Ordonnance	Consultation spécialisée	Intervention récusée	Intervention reportée
Troubles neuro- logiques <u>8 CAS</u>		3	0	1	0	0
Troubles Psychia- triques <u>11 CAS</u>	Anxiété 6	3	3	0	0	0
	Syndrome Dépressif 12	8	0	0	0	0
	Syndrome Indéter- miné I	IMAO	0	0	0	1

III - Provenance des Consultants

L'étude de la provenance de malades vus à la consultation présente un intérêt double :

- Pour l'avenir, dans la mesure où cette statistique sur l'origine des consultants d'Anesthésie montre comment et par qui l'esprit de la consultation a été compris ou admis.
- Intérêt immédiat pour l'appréciation des résultats, car la connaissance de l'origine des patients permet un correctif statistique aux données numériques des dépistages.

Exemple :

61,8 % des 420 consultants venaient du Service de Maternité. Il est très important de le mettre en évidence dans la lecture du pourcentage des affections cardio-vasculaires rencontrées car la majorité des entrantes en maternité est du type femme, adulte, jeune en bon état général.

Cette étude porte sur 12 mois, c'est-à-dire s'étend du 1.2.1967 au 31.1.1968, période pendant laquelle 420 patients se sont présentés à la consultation :

- 154 d'entre eux, c'est-à-dire 36,6 % nous étaient adressés par le service de Chirurgie I ; aucun, c'est-à-dire 0 % par le Service de Chirurgie II, tandis que la majorité des consultants, c'est-à-dire 254, soit 61,8 % venaient du Service de Maternité.
- Les services de Médecine ont envoyé 5 malades, c'est-à-dire 1,1 % des consultants pour la période des 12 mois considérée. Enfin 5 autres patients donc 1,1 % étaient adressés par les Anesthésistes eux-mêmes.
- Pour être complet il faut mentionner 2 consultants dont l'origine n'a pu être établie.

Tableau de Provenance de consultants (du 1.2.1967 au 31.1.1968)

	Consultant	Anesthésie	Consultant Chirurgie	Hospita- lisation
	le nombre	en %		
Service Chirurgie I	154	36,6 %	x	2.723
Service chirurgie II	0	0 %	1.734	3.285
Service Maternité	254	61,8 %		3.427
Service Médecine	5	1,1 %		
Départ. Anesthésie	5	1,1 %		

Pourcentage de la répartition de l'origine des consultants en Anesthésie
par rapport au nombre des hospitalisés chirurgicaux et obstétricaux.

5,6 % Service chirurgie I

0 % Service Chirurgie II

7,4 % Service Maternité

LA CRITIQUE

I - Introduction

II - Critique de la réalisation pratique

- Locaux. Matériel. Secrétariat.
- Médecins consultants : pluralité hospitalière.
- Confort des malades.
- Possibilités d'extension de la consultation :
 - horaires
 - Anesthésistes délégués auprès des consultations de chirurgie.
 - Visites dans les services d'hospitalisation.

III - Critique des buts.

- Prise de contact avec le malade
- Préparation à l'anesthésie.
- Relations avec chirurgiens spécialistes
- Le choix des malades :
 - par le chirurgien
 - l'anesthésiste
 - consultation systématique
- la provenance des consultants.

La Critique

I - Introduction

Au terme de 12 mois d'existence, devant 420 dossiers, tenant compte des buts initiaux de la consultation, une première analyse critique peut être tentée.

Considérant ce que se voulait la consultation, tant dans sa pratique que dans ses espoirs, il faut tenter de voir ce qu'elle fut, afin de discuter les éléments qui justifient son maintien et les modifications qui doivent intervenir.

La critique des résultats devra cependant toujours considérer les deux aspects de la consultation :

- examen d'un nombre important de patients avec possibilité de dépistage et incidence statistique,
- examen spécialisé d'un sujet chirurgical à incidence individuelle.

Ces deux conceptions, l'une quantitative, l'autre qualitative, constituent en réalité deux objectifs liés mais comportant des impératifs différents :

- Secrétariat, personnel temps libre, dans le premier cas.
- Coordination et collaboration avec les chirurgiens, les praticiens et les spécialistes dans le second cas.

II - Critique de la réalisation pratique

- La pratique de la consultation d'anesthésie supposait des locaux, du matériel, des médecins consultants, des malades, un secrétariat.

- Locaux, matériel et secrétariat se sont révélés suffisants, du moins dans le cadre de cette première expérience et pour le nombre de malades considéré. Une extension de la consultation supposerait par exemple, l'existence d'archives et le classement des dossiers, actuellement réalisés sans difficultés du fait de la limitation sélective des consultants.

En ce qui concerne les anesthésistes consultants, les permanences ont pu être assurées facilement sans que la servitude en retentisse sur le rythme opératoire et sans attente pour le patient qui n'avait même pas à prendre rendez-vous. Cependant la pluralité des médecins, avantage d'une réalisation dans le cadre hospitalier, peut être argumentée sur les plans statistiques et individuels. En effet, ce n'est que rarement l'anesthésiste consultant qui endort lui-même le malade et ce, du fait du système de présence à type de vacations : le malade peut être opéré un jour où le médecin qui l'a vu, est occupé dans un autre service que celui où a lieu l'intervention. Deux réponses possibles à cet argument :

- l'une théorique : le patient a affaire aux membres d'une même équipe : médecins plein-temps C H U, C H T, internes, travaillant dans le même esprit,
- l'autre pratique : remise d'une lettre au patient par le consultant destinée à celui qui assure l'induction.

Facilement défendable dans son incidence individuelle, la pluralité des exécutants demeure beaucoup plus critiquable si l'on considère son incidence sur l'expression des résultats statistiques.

Exemple : pourcentage d'affections dépistées, attitude préventive résultante, type d'anesthésie.

En effet, il faudra tenir compte du problème de la variable individuelle dans l'appréciation des critères.

Confort des malades

L'expérience du Département, tendait, comme cela a déjà été exposé, à leur apporter le confort de la facilité ; elle peut estimer y être parvenue :

- secrétaire toujours présente

- délai d'attente réduit au minimum
- anesthésiste disponible, c'est-à-dire pouvant prendre le temps de parler, expliquer, répondre.

Les possibilités d'extension de la consultation.

Si c'était nécessaire, il serait facile, toujours grâce à la pluralité des médecins, d'étendre les horaires de la consultation à l'après-midi. Sans entrer dans l'analyse, qui sera faite ultérieurement, du choix des malades, de leur provenance, il faut cependant signaler ici qu'une extension de la consultation, c'est-à-dire une augmentation du nombre des malades, surtout de ceux hospitalisés, poserait le problème ou bien d'un transport au département, donc du personnel brancardier, ou de la transformation de la consultation en visites dans les différents services. C'est ainsi que peut même être envisagée la création d'anesthésistes chés auprès de diverses consultations chirurgicales ou spécialisées. Cependant le poste d'attaché de consultation ne peut se concevoir qu'auprès de chirurgiens ayant parfaitement compris et admis la raison et la nécessité de cette intervention de l'anesthésiste.

Si cela était, pourraient être prévus deux modes de pratique :

- consultation de l'anesthésiste en même temps que le chirurgien, ce qui aurait pour avantage une connaissance plus médicale du malade par le chirurgien, mais pour inconvénient, un temps de consultation plus long qui risque d'être considéré comme une perte de temps.
- Consultation séparée : l'anesthésiste assiste à l'examen chirurgical et souhaite retenir le malade. Il le prie d'attendre à côté pour complément d'informations. L'avantage de ce dernier type de consultation réside dans le fait qu'il n'y a pas de retard pour le chirurgien et que l'anesthésiste a la possibilité de réaliser un examen approfondi.

III - Critique des buts

La consultation espérait être une prise de contact avec le malade, une préparation à l'anesthésie, une coopération fructueuse avec le chirurgien, un gain économique et social.

- La prise de contact avec le malade.

Sur le plan de la prise de contact avec le malade et de la relation malade-anesthésiste, la consultation espère avoir atteint son but, ceci grâce au type d'organisation et malgré la pluralité des médecins. Si le nombre des patients qui nous sont adressés, devait augmenter, il faudrait parallèlement augmenter le nombre des anesthésistes consultants afin de sauvegarder le temps de dialogue avec le malade.

On peut objecter l'importance de cet aspect dialogue qui semble faire de notre consultation une consultation de luxe, surtout si l'on tient compte de notre évident sous développement numérique. En fait il faut bien tenir compte de l'évolution de la Société et de l'individu qui faut du besoin de savoir, une nécessité. L'anesthésiste, spécialiste apparemment très technique a par sa pratique quotidienne pris conscience de l'importance qu'il y a à considérer le malade comme une entité psycho-somatique. Il n'est besoin pour s'en convaincre que d'endormir et réveiller plusieurs sujets très anxieux.

- Préparation à l'anesthésie.

Tant par ce dialogue qui explique, rassure, que par la prescription d'examen complémentaires ou de réanimation pré-opératoire, la consultation peut réaliser une préparation effective à l'anesthésie et permettre le choix judicieux de type de narcose. Cependant il faut soulever l'hypothèse où la consultation reconnue par tous prendrait une ampleur réelle : l'intérêt de ces prescriptions étant surtout d'être pratiquées dans la mesure du possible en ambulatoire, il faudrait dans le cas d'affections majeures ou longues à corriger, un système de coordination parfait entre anesthésiste-spécialiste-médecin traitant afin que chacun soit assuré de revoir le malade si nécessaire ou d'être tenu au courant de l'évolution. Un autre aspect pourrait, à l'opposé, envisager un système où la correction pré-opératoire de la majorité des tares aurait lieu sur place dans le cadre d'un service spécialisé.

- Les relations avec chirurgiens et spécialistes

Les problèmes les plus importants posés par la création d'une consultation d'anesthésie restent à l'échelle des rapports entre chirurgiens et spécialistes d'une part et anesthésistes d'autre part.

Ces rapports s'expriment de deux façons :

En premier lieu par le choix des malades envoyés à la consultation.

En deuxième lieu par la provenance des 420 consultants vus en consultation d'anesthésie ; éléments qui définissent comment les autres praticiens comprennent et admettent cette réalisation.

Ainsi que cela a déjà été mentionné, dans la lettre qu'il adressait aux différents chefs de Service, Monsieur le Professeur Agrégé GUINET souhaitait voir les praticiens lui adresser les patients porteurs ou suspects d'une quelconque tare pouvant retentir sur l'anesthésie ou l'intervention. De la sorte l'anesthésiste précisait bien son intention de s'agir qu'en anesthésiste et de ne doubler à aucun moment la consultation chirurgicale.

- Le choix des malades.

Mais cette attitude toute déontologique, pose alors le problème du choix du malade justiciable de l'examen de l'anesthésiste, dans le cas favorable où le chirurgien est totalement acquis à l'idée d'une consultation d'anesthésie. Cela suppose une présomption de la part du spécialiste qui peut être évidente s'il s'agit d'une tare majeure ; d'un âge avancé, ou d'une conformation anatomique évidente ; elle peut manquer par contre pour des contingences plus techniques que le spécialiste peut ignorer ou n'avoir pas présentes à l'esprit.

En outre, cette sélection chirurgicale des patients ampute la consultation d'anesthésie de l'intérêt du dépistage. Il est impossible d'exprimer une statistique valable du dépistage des tares sur des malades déjà triés, dans la mesure où les critères de ce premier tri ne sont pas standardisés.

L'intérêt individuel et statistique de la consultation voudrait donc que tous les malades chirurgicaux soient adressés à l'anesthésiste. Ceci impliquerait une extension considérable de la consultation, des problèmes matériels et pratiques ; il en résulterait ainsi un grand nombre de consultations "blanches" c'est-à-dire d'examen de malades anesthésiquement bien portants.

Ces consultations blanches ne seraient cependant pas inutiles car il devrait être logique d'admettre que tout sujet a droit à la prise de contact avec l'anesthésiste, au dialogue qui explique et tente de rassurer, à condition d'admettre l'importance de la prémédication psychologique du malade non encore désocialisé par l'hospitalisation.

La sélection des malades par le spécialiste ne peut être considérée que comme une première étape. Elle doit un jour disparaître au profit d'une consultation anesthésique parallèle et systématique dans tous les cas où cela sera possible.

- La provenance des consultants

La provenance des consultants que nous devons maintenant envisager, reflète d'ailleurs un aspect du précédent problème. Il illustre l'information insuffisante du praticien initial, l'oubli ou le désintérêt qu'il peut éprouver à l'égard de notre propre consultation.

L'expérience du Département avait été tentée à l'échelle de tout l'Hôpital Saint-Antoine. Tous les chefs de Service susceptibles d'être concernés avaient été informés par lettre ou par la visite du Professeur Agrégé GUILMET. Il y a 2 services de chirurgie :

L'un d'eux a complètement ignoré notre effort de la même façon qu'il récuse toute collaboration réelle et toute participation à la guérison qui n'a d'autre possibilité que l'acte chirurgical intrinsèque.

L'autre service de chirurgie nous a adressé 36,6 % sur les 420 malades considérés.

La maternité, quant à elle représente 61,8 % de nos consultants.

Le pourcentage des malades venant de chirurgie devrait au moins être égal à celui des malades venant de la Maternité, sinon double puisque un seul service nous a adressé ses malades.

Enfin si l'on demeure partisan d'un choix préalable des malades à adresser en consultation d'anesthésie, la chirurgie gynécologique et obstétricale s'adressant à des femmes jeunes et comportant un certain

nombre d'interventions mineures, type curetage biopsique, le pourcentage des malades venant de la Maternité aurait été inférieur à celui de ceux venant de chirurgie.

En réalité, les nombreux médecins consultants de la maternité ont dépassé, eux, notre objectif initial pour tendre à la recherche d'un avis systématique.

Il faut noter également le 1,1 %, pourcentage des malades adressés à la consultation par les différents services de Médecine. A leur décharge : d'abord le fait que l'anesthésie reste pour eux un acte lointain, ensuite le correctif statistique qui veut que le malade médical soit quand même vu par l'anesthésiste après son passage chez le chirurgien, entrant ainsi dans le pourcentage des malades venant de chirurgie.

Il n'en reste pas moins vrai que ce pourcentage, même infime, est l'un des aspects les plus encourageants car il exprime, de la part des médecins qui ont participé à notre effort, une compréhension de la part de responsabilité et de décision que l'anesthésiste supporte à côté du chirurgien.

C O N C L U S I O N

L'ouverture d'une consultation d'Anesthésiologie six mois après la création du Département a été décidée pour répondre à plusieurs nécessités :

- 1 - Amélioration des conditions d'examen pré-opératoire et précocité de la prise de contact psychique avec le sujet.
- 2 - Dépistage des tares et des traitements en cours conditionnant la date d'hospitalisation.
- 3 - Echanges du Service d'Anesthésiologie avec les différents Services de spécialités et de chirurgie.

Malgré une réussite numérique estimable (900 consultants en 2 ans) les buts recherchés n'ont pas été tous atteints.

Nous avons mis en évidence les résultats favorables suivants :

- Découvertes effectives modifiant les décisions ou les délais opératoires.
- Etablissement d'un dossier anesthésiologique pour chaque consultant.
- Autonomie et valeur du Département au regard des malades et des chirurgiens ou spécialistes.

Nous avons étudié par contre les échecs rencontrés et leurs causes :

- recrutement des consultants ne couvrant pas la totalité des services intéressés,
- choix de consultants arbitraire de la part des demandeurs ne répondant pas toujours aux buts recherchés.

Il apparaît finalement que le principe d'une consultation doit être maintenu mais que les modalités actuelles sont parfois inadaptées. C'est d'une meilleure information des chirurgiens et spécialistes que dépend cette amélioration et toutes les fois que la chose est possible de la présence d'un médecin anesthésiste auprès du consultant initial.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur Guy VOURC'H

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

